SOLICITUD PARA EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL ELA
BAJO LEY 70 (2012)

miSALUD GOBIERNO DE PUERTO RICO Salud para todos.

TRIPLE-S SALUD BlueCross BlueShield of Puerto Rico

No escriba en áreas sombreadas gris

☐ INGRESO NUEVO

de Grupo ☐ ELA Ley 70

	SEGURO SOCIAL	CÓDIGO	Edad	F. de Nac. (M/D/A)	Estado Civil
# de Cuenta	- -			/ /	

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL	Sexo
Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	

Plan (Tier)	Dirección Residencial:	Tel. Casa	
B/ Package		Tel. Alterno	
	Dirección Postal:	Celular	
Efectividad			
Vencimiento			

PLAN

☐ Individual ☐ Pareja ☐ Familiar

¿Tiene usted otro seguro médico? ☐ No ☐ Sí Indique cuál: _____

SELECCIÓN DEL GRUPO MÉDICO Y MÉDICO PRIMARIO

* Médico Primario: Favor de escoger su Médico Primario: _____

* Número del Grupo Médico seleccionado _____

DEPENDIENTES DIRECTOS (Refiérase a la Guía del Suscriptor para la definición de dependientes directos.)

Suf.	Parentesco	Añadir	Elimin.	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Edad y Fecha de Nac. (M/D/A)	Sexo	Code	Indique si tiene otro plan, estudiante Universitario o Incapacitado. Incluya evidencia.
	Cónyuge				años			
		Médico Primario			/ /	Seg. Social		
					años			
		Médico Primario			/ /	Seg. Social		
					años			
		Médico Primario			/ /	Seg. Social		
					años			
		Médico Primario			/ /	Seg. Social		
					años			
		Médico Primario			/ /	Seg. Social		

PARTE A y/o B DE MEDICARE : Si usted, su conyúge o dependiente directo tiene medicare favor acompañar evidencia Sí No

☐ Usted	Fecha parte A / /	Fecha parte B / /	HIC Number:
☐ Cónyuge	Fecha parte A / /	Fecha parte B / /	HIC Number:
☐ Dep. Directo	Fecha parte A / /	Fecha parte B / /	HIC Number:

COMPUTO DE PRIMA

Nombre Orientador (letra de molde) y firma: _____ Número: _____

_____ Firma del Suscriptor

_____ Fecha